FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1920-1921 2e SÉRIE N° 141

LA GUÉRISON SPONTANÉE
DANS LES
LUXATIONS CONGÉNITALES
DE LA HANCHE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 10 Janvier

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

GARNIER (Paul-Ernest-Adolphe)

Né le 29 Novembre 1891, à Besançon (Doubs)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FRŒLICH,	professeur. .	*Président*
WEISS,	professeur. .	*Juges*
BINET,	agrégé	
FAIRISE,	agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

GÉRARDMER
GASTON REMY, IMPRIMEUR
1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1920-1921 2e SÉRIE N° 141

LA GUÉRISON SPONTANÉE
DANS LES
LUXATIONS CONGÉNITALES
DE LA HANCHE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 10 Janvier

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

GARNIER (Paul-Ernest-Adolphe)

Né le 29 Novembre 1891, à Besançon (Doubs)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FRŒLICH, professeur. .		*Président*
WEISS,	professeur. .	*Juges*
BINET,	agrégé	
FAIRISE,	agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

GÉRARDMER
GASTON REMY, IMPRIMEUR
1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. E. MEYER, ✻, I ⓘ.
Assesseur : M. WEISS, O ✻, I ⓘ.
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✻, I ⓘ.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, O ✻, I ⓘ ; NICOLAS. ✻, I ⓘ ; PRENANT, ✻, I ⓘ ; F. GROSS, O ✻, I ⓘ ; CHRÉTIEN, I ⓘ ; HERRGOTT, ✻, I ⓘ.

Professeurs : MM.

Clinique chirurgicale	WEISS, O ✻, I ⓘ.
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER, I ⓘ.
Hygiène	MACÉ, I ⓘ.
Physiologie	E. MEYER, ✻, I ⓘ.
Clinique médicale	SIMON, I ⓘ.
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN, I ⓘ.
Clinique ophtalmologique	ROHMER, I ⓘ.
Médecine légale	P. PARISOT, ✻, I ⓘ.
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER, ✻, I ⓘ.
Anatomie pathologique	HOCHE, ✻, I ⓘ.
Clinique médicale	ETIENNE, I ⓘ.
Clinique chirurgicale	VAUTRIN, ✻, I ⓘ.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	SPILLMANN, ✻, I ⓘ.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FŒLICH, ✻, I ⓘ.
Physique médicale	LAMBERT, I ⓘ.
Clinique obstétricale et Accouchements	FRUHINSHOLZ, ✻, I ⓘ.
Histologie	COLLIN, ✻, I ⓘ.
Anatomie descriptive	LUCIEN, ✻, I ⓘ.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	JACQUES. ✻, I ⓘ.
Clinique des voies urinaires	ANDRÉ, ✻, I ⓘ.

Chargés de cours complémentaires : MM.

Médecine opératoire	MICHEL, ✻, I ⓘ, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	MICHEL, ✻, I ⓘ, agrégé libre.
Clinique des maladies mentales	PARIS, ⓘ.
Clinique des maladies des vieillards	RICHON, ✻, I ⓘ, agrégé libre.
Pathologie interne	RICHON, ✻, I ⓘ, agrégé libre.
Accouchements (Cours théorique)	S. REMY, A ⓘ, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	PERRIN, I ⓘ, agrégé.
Thérapeutique	PERRIN, I ⓘ, agrégé,
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	J. PARISOT, ✻, I ⓘ, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	J. PARISOT, ✻, I ⓘ, agrégé,
Pathologie externe	BINET, I ⓘ, agrégé,
Clinique médicale élémentaire (1)	CAUSSADE, A ⓘ, agrégé
Clinique d'électrothérapie	N...

Agrégés en exercice

M. ROBERT, I ⓘ.
M. BINET, I ⓘ.
M. PERRIN, I ⓘ,
M. THIRY, ✻, I ⓘ,
M. J. PARISOT, ✻, I ⓘ.
M. FAIRISE, A ⓘ.
M. CAUSSADE, A ⓘ.
M. BARTHÉLEMY ✻, A ⓘ.
M. JOB, ✻, A ⓘ.
M. JEANDELIZE, A ⓘ.
M. P. MATHIEU, A ⓘ.
M. PECH, ✻, I ⓘ.

Agrégés libres

MM. G. GROSS, ✻ ; FÉVRIER, G O ✻, I ⓘ ; G. MICHEL, ✻, I ⓘ ; RICHON, ✻, I ⓘ ; S. REMY, A ⓘ ; BUSQUET, I ⓘ.

M. H. COIFFARD, I ⓘ, Secrétaire.
M. LAMBERT DES CILLEULS, ✻ ⓡⓕ, I ⓘ, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver,

A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FRŒLICH

A mes Juges :

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BINET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAIRIZE

A TOUS MES MAITRES

AVANT-PROPOS

En quittant la Faculté de Nancy, c'est une grande satisfaction pour nous de pouvoir adresser à tous ceux qui nous ont dirigé et aidé dans nos études le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Frœlich a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse et nous a fait le grand honneur d'en accepter la présidence. Les conseils qu'il nous a donnés et les documents personnels qu'il a bien voulu mettre à notre disposition nous ont beaucoup facilité notre tâche. Nous tenons à l'en remercier tout particulièrement. Qu'il veuille bien nous permettre de lui adresser l'hommage de notre profonde gratitude pour son enseignement si vivant et pour son inlassable dévouement.

Le bienveillant accueil que nous avons trouvé auprès de Monsieur le Professeur Weiss restera toujours présent à notre mémoire. Notre reconnaissance lui est entièrement acquise.

Nous remercions également Monsieur le Professeur agrégé Binet et Monsieur le Professeur agrégé Fairize qui ont bien voulu accepter de juger notre thèse.

Nous adressons aussi à tous nos Maîtres des Facultés de Besançon, de Paris, de Nancy avec tous nos

remerciements l'expression de notre respectueux dévouement.

Nous sommes très reconnaissant au Docteur Huffschmitt, Chef de Service de Dermatologie et de Syphiligraphie d'avoir bien voulu nous prêter son concours pour les traductions d'auteurs allemands.

Nous envoyons à tous nos camarades d'étude notre sympathique souvenir et nous nous inclinons profondément devant la mémoire de ceux d'entr'eux qui sont tombés au Champ d'Honneur.

INTRODUCTION

En 1905 Frœlich eut l'occasion d'observer et de publier des cas de luxation congénitale de la hanche guérie spontanément. A la même époque il donna l'explication du mécanisme par lequel s'opère cette guérison.

Depuis que Frœlich a attiré l'attention sur ces faits d'autres auteurs ont fait les mêmes constatations. En France Le Damany, Nové Josserand, Kirmisson, en Allemagne Drehmann font aussi connaître des cas analogues et s'efforcent d'expliquer cette guérison spontanée.

Nous avons eu tout récemment l'occasion d'observer dans le Service de M. Frœlich un nouveau cas de guérison spontanée d'une luxation congénitale de la hanche. C'est ce qui nous a déterminé à consacrer notre thèse inaugurale à cette intéressante question.

Cette guérison spontanée est rare, capendant nous avons pu réunir un certain nombre d'observations dont la lecture ne peut laisser subsister aucun doute sur la possibilité d'une évolution, sans aucun traitement, de certaines formes de luxations congénitales vers la guérison. Nous essaierons d'expliquer cette guérison mais nous nous rendons bien compte toutefois

de la difficulté du problème. Notre insuffisante expérience dans une étude aussi spéciale nous interdira dans une certaine mesure d'émettre des théories véritablement personnelles. Mais il nous semble que sans vouloir prétendre à la présentation d'une œuvre vraiment originale nous ne ferons déjà pas un travail inutile si nos prétentions sont beaucoup plus modestes, ne se borneraient-elles qu'à grouper dans ce sujet tous les faits actuellement épars qui s'y rattachent, et discuter les interprétations des différents auteurs qui ont eu l'occasion de les constater.

Nous nous proposons après avoir envisagé la fréquence des guérisons spontanées de consacrer un chapitre à la pathogénie de la luxation congénitale de la hanche. Nous étudierons ensuite la guérison spontanée, dans les cas de luxations bilatérales, puis dans les luxations unilatérales et enfin dans les hanches " instables " de Le Damany.

CHAPITRE I

Fréquence des guérisons spontanées des luxations congénitales de la hanche.

Nous avons tout de suite attiré l'attention sur la rareté des guérisons spontanées dans les luxations congénitales de la hanche. En effet, les cas où le diagnostic a été fait d'une façon certaine et la guérison constatée, contrôlée, sont peu nombreux.

Mais il faut remarquer qui parmi les sujets que l'on traite (et on les traite pour ainsi dire tous) il s'en trouve vraisemblablement un certain nombre dont l'affection évoluerait spontanément vers la guérison. Car jusqu'à présent rien ne nous permet de différencier à première vue les luxations susceptibles d'évoluer sans traitement vers la guérison des luxations qui s'aggraveront dans la suite ou persisteront sans aucune amélioration.

Par conséquent très rares sont surtout les cas ou le diagnostic étant fait, le traitement n'est pas immédiatement mis en œuvre. On n'attend pour ainsi dire jamais qu'une luxation guérisse toute seule. Nous estimons que c'est déjà là une cause appréciable de la rareté des guérisons spontanées.

D'autre part supposons que le chirurgien se trouve en présence d'une luxation guérie spontanément il ne lui sera pas toujours facile de faire le diagnostic rétrospectif de luxation. C'est encore là un facteur qui a son importance dans la fréquence des guérisons spontanées.

Dans la plupart des cas de guérison relatés, il s'agissait d'enfants dont les parents pour une cause ou pour une autre ont refusé le traitement malgré un diagnotic confirmé. Le chirurgien les retrouvant quelques années plus tard a été surpris de trouver normale l'articulation autrefois luxée.

La radiographie nous est d'un grand secours actuellement en nous permettant, chez un sujet présentant une hanche normale, de faire le diagnostic rétrospectif de luxation congénitale de la hanche et de conclure à la guérison spontanée du fait que les clichés sont conservés par les parents ou par le chirurgien.

Ces exemples nous permettent d'arriver à cette conclusion : Un certain nombre de cas de guérison spontanée passent inaperçus, restent ignorés. Il faut un ensemble de circonstances exceptionnelles, rarement réalisé pour mettre le chirurgien à même de contrôler l'existence des cures spontanées. Nous pensons qu'il s'agit d'un phénomène assez rare mais ce n'est que d'une façon tout à fait approximative que nous sommes en mesure de soupçonner la plus ou moins grande fréquence des cas de guérison spontanée dans les luxations congénitales de la hanche.

CHAPITRE II

Considérations générales sur la pathogénie des luxations congénitales de la hanche.

Sommaire : Classification des luxations congénitales de la hanche au point de vue pathogénique. — Luxations traumatiques, tératologiques, pathologiques. — Grande fréquence des luxations mixtes, hérédité dans la luxation congénitale de la hanche. — Théorie anthropologique de Le Damany.

Nous nous sommes rendu compte que toutes les guérisons spontanées de luxations congénitales ne s'expliquent pas de la même manière, mais que, par contre, le même mécanisme pouvait expliquer la guérison de tout un groupe de luxations. Nous avons ainsi été amené à classer les luxations congénitales de la hanche.

La classification basée sur le degré des luxations, et la grandeur des déplacements nous amène à distinguer des hanches instables, des subluxations, des luxations complètes.

Mais la classification basée sur l'étiologie de l'affection nous est plus précieuse encore. Nous pouvons penser à priori, en effet que les luxations ayant la même origine, s'étant produites de la même façon, doivent aussi guérir par un processus identique.

Classification des luxations congénitales de la hanche. — Avec M. Frœlich « nous divisons les luxations congénitales de la hanche en trois groupes :

1° Les luxations congénitales traumatiques à cavité normale ;

2° Les luxations tératologiques ou malformations primitives de la jointure, ce groupement est le plus nombreux ;

3° Les luxations pathologiques ou acquises.

Dans les premières rentrent les luxations qui se sont produites dans la vie intra utérine, par la pression lente de l'utérus, quand il y a peu de liquide amniotique, ou bien par l'adduction exagérée des fémurs et l'action pelvi crurale qui complète le déboîtement.

Le traumatisme brusque peut être produit par un choc ou une chute sur le ventre et luxer le fémur. Enfin la luxation peut être due au traumatisme obstétrical. (Accouchement par le siège).

Dans le deuxième groupe, je range les cas dans lesquels, par un véritable vice du germe, il y a atrophie ou absence complète de la cavité articulaire d'où impossibilité ou difficulté extrême pour la tête fémorale de s'y loger.

Enfin dans la troisième catégorie se trouvent les luxations qui se sont produites dans les premiers mois de la naissance par suite d'arthrite de l'articulation coxofémorale telle l'ostéomyélite, l'arthrite sèche.

Dans le premier groupe, la guérison (thérapeutique) parfaite est la règle ; dans les deux autres groupes les guérisons sont moins fréquentes, les améliorations très nombreuses, mais il y a des échecs.

Cette étude est basée sur 74 observations, 23 du premier groupe, 51 du second, 12 du troisième.

C'est surtout l'anatomie radiographique, l'étude clinique et les résultats thérapeutiques qui m'ont amené à cette division » Frœlich.

Il n'y a guère de discussion possible sur le sens qu'il faut attribuer aux termes : traumatiques et pathologiques, mais nous estimons qu'il est nécessaire de définir succintement ce que nous entendons par tératologiques. Une luxation tératologique relève de la même cause que les malformations congénitales désignées sous le nom de monstruosités et coïncide d'ailleurs fréquemment avec elles chez le même sujet (pieds bots, spina bifida). Mais en dehors des monstruosités apparentes il peut exister de simples anomalies provenant aussi d'un vice du germe. Nous ne les découvrons pas toujours mais nous en observons souvent la conséquence, la luxation congénitale. Car le fait primitif, l'anomalie apportée par le germe ne siège pas obligatoirement au niveau de l'articulation coxo-fémorale. Les malformations premières pouvant entraîner comme conséquence la luxation congénitale peuvent siéger sur d'autres organes : sur les centres trophiques de l'articulation, sur le rachis, les racines de la moelle, sur les nerfs. Ces anomalies peuvent se localiser sur tout un appareil : appareil vasculaire (trouble du développement articulaire par irrigation sanguine défectueuse) sur un tissu (tissu fibreux), enfin elles peuvent atteindre l'organisme tout entier sans localisation aucune (affections générales congénitales).

De même qu'on ne diagnostique pas un kyste dermoïde alors qu'il ne s'agit que de « l'enclavement d'un bourgeon ectodermique » qui donnera plus tard le kyste (Kirmisson), la luxation congénitale d'origine tératologique peut exister à tous les degrés et rester plus ou moins longtemps non diagnostiquable. La cause, l'anomalie, existe bien avant la naissance (puisqu'elle se trouve dans le germe), mais la luxation qui en sera la conséquence n'apparaîtra qu'à une époque plus ou moins éloignée. On dit alors que le sujet est « prédisposé » à la luxation·

En conclusion nous estimons qu'il ne faut pas comme certains auteurs réserver l'épithète de « tératologiques » aux seules luxations qui existent avant la naissance ou qui coexistent avec des monstruosités considérables (enfants non viables), mais donner à ce terme le sens beaucoup plus étendu d'*anomalie* de la jointure relevant du germe, par vice du germe.

Bien que la classification de M. Frœlich soit basée surtout « sur l'anatomie radiographique, l'étude clinique et les résultats thérapeutiques », elle est encore exacte au point de vue pathogénique. Nous nous servirons donc de cette classification, mais nous nous permettrons d'attirer l'attention sur quelques points qui pourront acquérir une assez grande valeur lorsque nous tenterons d'expliquer certains cas de guérison spontanée.

Avec M. Frœlich nous ne voyons pas de facteurs étiologiques autres que ceux que nous avons indiqués, mais une particularité sur laquelle peu d'auteurs nous semblent avoir insisté d'une façon suffisante, c'est la

combinaison possible des facteurs traumatiques, tératologiques et pathologiques à l'origine d'une même luxation. Nous considérons même que ces luxations d'origine mixte sont les plus fréquentes. Certes nous n'aurons le plus souvent pas beaucoup de peine à faire rentrer un cas quelconque dans un des trois groupes énumérés, mais cela tient surtout, nous semble-t-il, à ce qu'il y a d'une façon presque constante prédominance plus ou moins apparente de l'un des facteurs indiqués.

Et ce qui confirme cette manière de voir c'est la comparaison des classifications et des statistiques d'auteurs différents. Le Damany par exemple admet une classe de luxations d'origine tératologique. Elle ne correspond ni par la fréquence, ni par la conception de l'appellation, à notre groupe de luxations tératologiques.

Si nous admettons qu'une même luxation puisse relever à la fois de deux causes associées, nous nous expliquons fort bien qu'à l'examen du même cas, on trouve des arguments en faveur de deux théories et nous nous rendons compte de la possibilité des nombreuses divergences d'opinions entre les différents auteurs, sur ce sujet.

Dans un autre ordre d'idées, nous pouvons encore tenter d'expliquer pourquoi nous admettons la combinaison possible de plusieurs causes pour produire la même luxation congénitale de la hanche. Sans vouloir identifier les trois origines : traumatique, tératologique, pathologique (ce qui serait l'idéal), nous pouvons faire remarquer aisément qu'elles ne sont pas toujours aussi

différentes qu'on pourrait penser au premier abord. Nous pouvons montrer déjà quelques relations entre ces causes elles-mêmes.

Si nous réfléchissons un instant, en effet sur l'étendue des faits qu'évoquent en nous des mots comme traumatique, tératologique, pathologique, nous arrivons très vite à nous convaincre que le domaine des uns empiète sur celui des autres.

Dans notre deuxième groupe par exemple il y a atrophie de la cavité cotyloïde, un trouble de développement d'ordre tératologique peut entraîner cette malformation, mais un facteur d'ordre pathologique peut aboutir au même résultat ou tout au moins y contribuer. Des lois de pathologie générale (Ollier) ne nous enseignent-elles pas précisement la coïncidence fréquente en un même point (par exemple cartilage en Y) du processus infectieux et du trouble de développement sans que nous puissions affirmer lequel des deux est primitif?

Nous connaissons d'autre part les cas de transmission par le germe d'infections, de prédispositions à l'infection ou à tout autre processus pathologique.

Le même traumatisme ne fracture pas tous les fémurs, ne luxe pas toutes les têtes fémorales, or le facteur individuel pour une part en cause relève le plus souvent du germe, de la qualité du germe.

Les luxations traumatiques s'accompagnent fréquemment d'arthrite du même nom, ou bien d'arthrite " dite " secondaire, le facteur pathologique n'est-il pas alors aussi en cause ?

Une cavité cotyloïde vide (éloignement de la tête

fémorale réalisé par le traumatisme) ne se développe plus normalement, s'atrophie. Mais dans les mêmes conditions tous les cotyles ne s'atrophient pas au même degré. Ici encore, combinaison de deux causes.

On voit par ces exemples, combien sont étroits en réalité les rapports entre des causes qui nous paraissent différentes. C'est pourquoi nous admettons l'association très fréquente de deux ou trois origines pour une même luxation. Pour citer des faits plus précis à l'appui de cette théorie, nous trouvons dans l'observation de Drehmann rapportée page 28 un exemple typique d'un cas de luxation congénitale à la fois traumatique, tératologique et pathologique.

Il est très difficile dans des cas semblables, toutefois exceptionnels, de classer la luxation dans un groupe plutôt que dans un autre.

Mais nous tenons maintenant à faire remarquer que cette manière de comprendre les choses n'enlève absolument rien à la valeur et à l'utilité de la classification adoptée qui nous parait la meilleure tant que nous n'aurons pas découvert la cause unique de toutes les luxations congénitales. Car dans presque tous les cas il y a prédominance de symptômes qui nous permettent de faire rentrer sans peine la luxation dans un de nos groupes. Nous estimons que l'on peut trouver des cas typiques ne relevant que d'une seule cause mais ils doivent être rares.

Hérédité dans les luxations congénitales de la hanche. — Tous les auteurs ont remarqué que la luxation congénitale de la hanche est une affection fami-

liale et une affection héréditaire. Que ce soit une affection familiale, cela ne nous surprendra pas si nous nous rappelons que dans les luxations traumatiques congénitales, il s'agit d'enfants venus en siège, d'insuffisance de liquide amniotique. Nous savons que ces causes d'origine maternelle se reproduisent chez la même femme à chaque accouchement. De plus, le " germe " étant identique pour les enfants d'une même famille on comprend l'importance du facteur tératologique. Enfin certaines affections pathologiques revêtent aussi, fréquemment, un caractère familial.

Mais on devine combien les partisans de théories pathogéniques exclusives se sont trouvés embarrassés pour expliquer comment l'hérédité se retrouvait d'une façon quasi constante dans l'affection qui nous occupe, car il est incontestable que seul le facteur héréditaire peut nous rendre compte des phénomènes suivants observés constamment dans les luxations congénitales de la hanche :

1° Apparition de l'affection chez les enfants au même âge que chez les ascendants ;

2° Prépondérance de la transmission directe c'est-à-dire en suivant le même sexe. La luxation congénitale de la hanche atteint en effet neuf ou dix fois plus souvent les filles que les garçons.

Or l'hérédité n'est autre chose qu'une transmission par le germe d'une disposition, d'une aptitude d'ordre physique, moral, pathologique.

Nous nous expliquerons facilement sa fréquence dans la luxation congénitale si nous admettons que les luxations traumatiques ou pathologiques congénitales

relèvent aussi pour une part, si faible soit-elle, d'une cause d'ordre tératologique. Nous avons essayé précédemment de démontrer qu'il en était ainsi.

Théorie anthropologique de Le Damany. — Nous ne pouvons passer sous silence la théorie de Le Damany sur la pathogénie de la luxation congénitale de la hanche car cet auteur a fait une étude des plus approfondies sur cette affection. Nous nous sommes permis de lui emprunter des cas de guérison spontanée ainsi que les résultats de ses expériences sur l'animal. Ces guérisons spontanées observées par l'auteur concernent des luxations dont la pathogénie est un peu spéciale. Elles ont été constatées dans des cas de luxations " anthropologiques ". Il nous a semblé indispensable d'indiquer dans ce chapitre, ce que Le Damany entend par luxation anthropologique.

Tout d'abord cet auteur admet une classe de luxations tératologiques, c'est une classe peu importante car ces luxations sont très rares. Elles se produisent dans les premiers mois de la vie intra utérine. Les sujets qui en sont atteints présentent d'autres malformations, sont porteurs de monstruosités, ne sont pas viables. Toutes les autres luxations dites congénitales sont des luxations " anthropologiques ".

L'auteur montre, dans toutes les hanches humaines normales, un défaut constant, mais ordinairement sans effets pathologiques défaut qui pourtant produit la luxation s'il devient excessif. Ce défaut consiste en une inclinaison en avant de la cavité cotyloïde et dans une torsion fémorale qui dirige en avant en même temps qu'en dedans la tête et le col du fémur.

Tous les enfants même les plus normaux présentent une phase critique pendant les derniers mois de la vie intra-utérine et les premières semaines qui suivent la naissance. Aucun n'échappe à cette crise, mais ordinairement les déformations restent dans les limites compatibles avec une réparation assez rapide.

D'où provient ce défaut ? D'après l'auteur il faudrait le rechercher dans l'adaptation de l'homme à la station debout. Si, pendant les derniers mois de la grossesse le fœtus humain subit des déformations c'est parce que son bassin est trop large, ses fémurs trop longs. Pourquoi ce défaut est-il spécial à l'espèce humaine? c'est parce que l'homme est un être à part, différent par le volume colossal de son cerveau, par l'hypertrophie de ses membres inférieurs et de sa ceinture pelvienne, hypertrophie nécessitée chez la femme par la fonction de reproduction et, dans les deux sexes, par la station verticale.

Après la naissance, l'enfant devra passer d'une flexion outrée à une extension non moins extrême pour le décubitus dorsal et pour la station debout. Or, pour cela, il devra nécessairement corriger les défauts produits par l'utérus maternel. Cette correction restant encore insuffisante, il se verra obligé de se déformer en sens inverse. Cette double déformation en sens opposé porte sur le cotyle, le fémur, le bassin et la colonne lombaire. L'enfant nouveau né, dit Le Damany, n'est nullement adapté à l'attitude bipède; il n'arrive à ce mode de station que par une longue et lente éducation qui va jusqu'à nécessiter et produire des modifications profondes dans le squelette. C'est au cours

de la crise qu'il traverse à cette époque que la luxation congénitale anthropologique peut s'observer.

Que faut-il penser de cette théorie anthropologique de la luxation congénitale de la hanche ?

Si nous analysons cette théorie nous constatons un ensemble d'affirmations qui reposent sur des faits exacts, qui résultent de l'observation, mais nous constatons que pour interpréter ces faits à la façon de Le Damany il faut accepter la théorie transformiste, séduisante peut-être, mais il faut la " supposer " démontrée. D'ailleurs Le Damany déclare lui-même au début de son beau livre " *La luxation congénitale de la hanche* ": « En regardant et en expérimentant on ne saurait arriver à contrôler tout ce que nous allons dire. Aussi n'attachons nous d'importance réelle qu'aux affirmations qui ont pour appui des choses vues et qui en découle directement et forcément. Pour les autres il nous importe relativement peu qu'elles soient vraies ou fausses, nous ne les exposons ici que pour encadrer et grouper, pour réunir entr'elles nos observations ».

Le Damany constate chez l'homme un " défaut constant " nous estimons que pour le médecin un défaut ne peut pas être constant. Pour qu'une imperfection soit réellement pathologique, du domaine de la science médicale, il ne faut pas qu'on la constate chez le sujet normal. Lorsque Le Damany parle d'un défaut constant, spécial à l'espèce humaine, il compare l'homme à d'autres espèces animales. Il considère l'attitude bipède comme le résultat d'une adaptation, mais c'est

là, croyons nous, une hypothèse. Ce sont les effets de son adaptation à la station verticale qui produisent la luxation congénitale, mais rien ne prouve d'une façon scientifique que le mode de locomotion ou de station propre à l'homme soit le résultat d'une adaptation. Néanmoins la théorie de Le Damany n'est pas incompatible avec celle que nous venons d'exposer. Car si nous retranchons de cette théorie tout ce qui n'est pas du domaine des faits, la théorie que nous avons admise au début de ce chapitre est en conformité avec celle de Le Damany. En effet quand nous constatons que la luxation congénitale est produite par les pressions lentes de l'utérus qui exagèrent l'adduction des fémurs, nous l'appelons luxation traumatique. Le Damany admet bien, lui aussi, le traumatisme, mais il recherche la cause de ce traumatisme lui même, il la trouve dans l'exagération d'un processus physiologique dont il recherche encore l'étiologie. Mais en remontant si haut dans l'étude des causes, le raisonnement ne tarde pas à ne plus reposer que sur des faits que l'observation ne peut plus contrôler: sur des hypothèses.

Nous avons beaucoup insisté au début de ce chapitre sur la pathogénie des luxations congénitales par anomalie du germe. Nous pouvons faire remarquer *qu'il n'est pas impossible* que la luxation congénitale de la hanche résulte, dans certains cas, de la transmission, par le germe, d'un caractère ancestral ou au contraire dans la non-transmission par le germe de caractères acquis par l'espèce. Nous ne pouvons préciser la nature de ces dispositions héréditaires.

En résumé, en nous plaçant au point de vue de la classification que nous avons adoptée, la luxation anthropologique de Le Damany est une luxation mixte : à la fois traumatique et par anomalie du germe dans laquelle, suivant les cas, l'un ou l'autre de ces facteurs est prédominant.

CHAPITRE III

Guérison spontanée dans les luxations congénitales bilatérales de la hanche.

Sommaire : Observations de Frœlich. — Observation de Drehmann. — Influence de la bilatéralité dans le mécanisme de la guérison spontanée. — La guérison s'effectue d'un côté mais la luxation s'accentue de l'autre. — Mécanisme de la guérison spontanée. — Confirmation par l'observation. — Conditions favorables à la guérison spontanée. — Contrôle radiographique.

OBSERVATION I

(Congrès français de Chirurgie, Paris 1905 : Frœlich)

Jeanne F.... Cinq ans. De Verdun. Nous est présentée le 5 Juin 1905. Elle est atteinte de luxation congénitale.

L'enfant a marché à 19 mois. Etant donné sa claudication, une radiographie est faite à l'âge de deux ans. Cette radiographie m'est remise par les parents. Une sœur aînée est atteinte de luxation congénitale double. Aucun autre cas dans la famille. La radiographie de notre fillette indique une luxation congénitale double. Elle est datée du 6 septembre 1902. La luxation droite est très prononcée et la tête dépasse de 3 centimètres, la ligne horizontale tirée par le centre de la cavité cotyloïde au niveau du cartilage en Y. La luxation du côté gauche est moins accentuée, le sommet de la tête dépasse cependant de 2 centimètres la ligne horizontale tirée par le centre de la cavité cotyloïde.

Les parents m'informent que dans le cours de la troisième année l'enfant "balançait" comme sa sœur aînée tandis qu'actuellement elle boite franchement de la jambe droite.

Et en effet, nous ne trouvons plus aucun signe de luxation du côté de la jambe gauche. La jambe droite au contraire est plus courte de 4 centimètres, elle mesure 60 centimètres, la jambe gauche 64. Le sommet du grand trochanter dépasse de 5 centimètres la ligne de Nélaton. La cuisse du côté luxé a une circonférence de 33 centimètres, la cuisse gauche de 35 centimètres.

Le membre luxé est en adduction. La marche est très défectueuse. La fillette se fatigue très facilement.

Une radiographie que nous prenons de l'enfant montre que le côté droit seul est déboîté, tandis que le côté gauche est normal et la ligne tirée par le cartilage en Y passe exactement sur le sommet de la tête fémorale.

14 Juin. — Réduction de la luxation avec chloroforme ; l'opération est assez difficile ; immobilisation en abduction à 100° dans un spica plâtré.

21 Juin. — Gonflement notable des organes génitaux et fortes ecchymoses.

23 Juin. — Radiographie à travers le plâtre qui montre la tête dans la cavité au niveau de la ligne horizontale tirée par le cartilage en Y.

5 Septembre 1905. — Changement de l'appareil. La réduction persiste.

OBSERVATION II

(Congrès français de Chirurgie, Paris 1905 : Frœlich)

Marie C... Sept ans. De Saint-Dié. Nous est amenée par ses parents, le 4 septembre 1905. L'enfant a marché à 17 mois. Elle a toujours boîté de la jambe droite. Cette claudication va en s'accentuant. Après une marche de 400 mètres, la fillette a besoin de se reposer. Une tante de l'enfant, habitant Paris est atteinte d'une luxation congénitale double ; la fillette est chétive, peu musclée et petite pour son âge. La marche est très mauvaise, le raccourcissement est de 3 centimètres et demi. La différence entre la circonférence de la cuisse luxée et de la cuisse droite est de 2 centimètres. La jambe gauche est en adduction. Légère scoliose dorsale gauche et lombaire droite.

Une radiographie montre la tête fémorale, à gauche, déformée. Le col est raccourci et, de plus, fléchi (coxa vara).

La tête déborde légèrement le col. L'ancienne cavité est peu profonde.

Le sommet de la tête dépasse de 3 centimètres et demi l'horizontale tirée par le cartilage en Y.

Le côté droit est tout à fait normal. La tête est située immédiatement au dessous de la ligne horizontale menée par le cartilage en Y.

Or l'enfant a été radiographié à deux ans et sur cette radiographie nous voyons que le déboîtement existait des deux côtés. Les sommets des têtes fémorales dépassent des deux côtés, de 2 centimètres environ le centre de la cavité cotyloïde et il est impossible d'attribuer à un côté un déboîtement plus considérable qu'à l'autre.

7 *Septembre.* — Réduction par la méthode de Lorenz (sous chloroforme) : l'opération est facile, malgré l'élévation de la tête et cela grâce au peu de développement musculaire. Immobilisation en abduction à 90°.

OBSERVATION III (inédite)

Luxation congénitale double guérie spontanément à droite

(Service de M. le Professeur Frœlich)

Yvonne M..... 7 ans. Entrée le 20 avril 1920. Accouchement normal. L'enfant aurait marché à 18 mois. Les parents ne prêtèrent attention à la boîterie de l'enfant que vers l'âge de trois ans. A cette époque en effet l'enfant marchait en se dandinant légèrement. Les troubles étaient peu marqués, mais elle semblait fléchir plus du côté gauche que du côté droit.

A l'âge de 4 ans l'enfant fut radiographié par un radiographe de l'armée. La radiographie qui nous est présentée par les parents montre qu'il s'agit d'une luxation double, légère à droite (2 centimètres) plus prononcée à gauche (3 centimètres).

Radiographie faite à l'âge de 4 ans. *A droite.* On remarque en effet que le toit de la cavité cotyloïde est bien marqué. Le noyau de la tête est appuyé sur la limite qui sépare le toit du reste de l'aile iliaque.

A gauche. Par contre, le noyau céphalique a dépassé de 1 centimètre le rebord distal du toit.

Examen à l'entrée. A l'examen de l'enfant on constate

que l'on se trouve en présence d'une fillette d'apparence robuste, sans autre tare. Lorsqu'on la fait marcher devant nous, on constate qu'elle boîte en légère flexion du côté gauche

La mensuration du membre inférieur gauche donne 50 centimètres de l'épine iliaque A. S. à la malléole interne. A droite : 54 centimètres.

A gauche, le grand trochanter dépasse de 4 centimètres la ligne de Nélaton, la tête est à 6 centimètres au dessus de celle-ci. A droite, le grand trochanter dépasse d'environ 1/2 à 1 centimètre cette même ligne.

Alors qu'à gauche la tête n'est pas perceptible sous les vaisseaux fémoraux, elle l'est à droite.

En résumé le diagnostic posé est le suivant : luxation congénitale gauche avec une ascension de 4 centimètres.

Légère ascension du grand trochanter droit sans luxation apparente.

2e Radiographie. Une radiographie nouvelle montre les lésions suivantes :

1° Du côté droit la luxation s'est réduite : le centre de la tête est situé très peu au dessus du cartilage en Y. Le toit est bien formé, abritant une cavité cotyloïde à contours bien marqués.

2° Du côté gauche il y a un double contour et la cavité semble imparfaite. L'ascension de la tête est d'environ 4 centimètres. Le toit est plus oblique qu'à droite mais la cavité semble suffisamment profonde. Il existe de plus une légère antétorsion de la tête et du col.

21 Avril. — Sous chloroforme réduction facile par les manœuvres habituelles. La tête ne tient pas en place d'elle-même. Position d'abduction dans un plâtre du type habituel.

23 Septembre 1920. — Réduction parfaite. Genou un peu raide.

OBSERVATION IV

(Drehmann: Zeitschrift für Orthopädische Chirurgie, 1908)

W... Garçon. Est examiné à six mois. Accouchement par le siège. A la fin de l'accouchement, le crochet est appliqué par le praticien sur l'articulation de la hanche. Il en résulte une grosse blessure dans la région inguinale qui

s'étendit et nécessita plusieurs incisions en avant et en arrière. En outre survint une paralysie iliaque complète. Celle-ci régressa peu à peu. Après la guérison de la blessure la jambe accusa un raccourcissement et une adduction importante. Je diagnostiquai une luxation pathologique ou traumatique et fut très étonné à la radiographie de constater une luxation bilatérale de la hanche. Il est vrai qu'à l'examen, j'avais bien relevé une saillie de la région trochantérienne gauche, néanmoins j'avais méconnu la luxation.

La radiographie montre nettement, à droite, la région supérieure de la cavité délimitée par l'infection.

On me ramena l'enfant un an plus tard, alors qu'il n'avait pas encore deux ans, et qu'il n'avait suivi aucun traitement dans l'intervalle, en me demandant de faire une réduction non sanglante. Une surprise de radiographie montra une guérison presque complète à gauche.

La réduction de la tête droite non fixée ne fit pas de difficultés et les suites ultérieures en furent celles des réductions des luxations congénitales.

Il y a un an de cela et l'enfant marche d'une façon absolument normale. Il subsiste seulement des pieds bots congénitaux trés marqués qui témoignent que la luxation était bien congénitale et non traumatique.

L'infection de la région de la cavité parle en faveur d'un processus pathologique que nous pouvons admettre comme une infection de l'hématome. Néanmoins la guérison spontanée de l'autre côté prouverait le contraire.

C'est en publiant les observations I et II que notre maître M. Frœlich, en 1905 attire l'attention sur la possibilité d'une évolution vers la guérison, sans aucun soin médical de certaines luxations congénitales de la hanche.

Dès la même époque cet auteur donne également l'explication du mécanisme par lequel s'opère la guérison dans les cas de ce genre.

Notre étude personnelle ne fait que confirmer la théorie de ce mécanisme et nos recherches dans la

littérature nous conduisent à penser qu'aucune autre explication n'a été signalée depuis, par d'autres auteurs en ce qui concerne la guérison spontanée dans les luxations bilatérales.

M. Frœlich a bien voulu nous permettre de publier l'observation n° III qui concerne un sujet que nous avons eu l'occasion d'observer personnellement dans le service de notre maître.

Dans ces observations I, II et III, il s'agit de cas en tous points comparables, ce qui nous permet d'en faire ici une étude d'ensemble.

Nous sommes en présence de luxations véritables et malgré des déplacements qui atteignent jusqu'à deux centimètres, la guérison spontanée est survenue. Nous aurons spécialement en vue ces trois cas de Frœlich dans la théorie que nous allons exposer, du mécanisme par lequel s'est effectué la guérison car, dans ces cas seulement nous trouvons, noté avec une précision suffisante pour en entreprendre l'étude, le dégré des malformations et les caractères de leur évolution.

Si nous soumettons à l'analyse, ces observations. nous découvrons les particularités suivantes remarquables par leur constance :

1° Bilatéralité des malformations.

M. Frœlich qui le premier a observé des guérisons spontanées n'a jamais eu l'occasion d'en observer au cours de luxations unilatérales.

Les rares auteurs qui, depuis, ont observé des cas de guérison spontanée, s'accordent pour reconnaître qu'elles sont relativement beaucoup plus fré-

quentes quand les malformations sont bilatérales.

C'est l'opinion de Kirmisson :

« De telles déformations (subluxations) *surtout lorsquelles sont bilatérales* sont susceptibles de guérison spontanée et j'ai signalé ce fait dans le rapport que j'ai présenté au Congrès de Lisbonne ».

Broca observe aussi des guérisons spontanées chez des sujets de 18 à 20 mois atteints de luxations bilatérales.

Le facteur "bilatéralité" nous semble donc, *a priori*, jouer un rôle important dans le processus de guérison.

2° La guérison s'effectue d'un côté mais la luxa- s'accentue de l'autre.

En effet, dans les observations que nous analysons pour l'instant, pendant que l'un des côtés évolue spontanément vers la guérison l'autre côté, au contraire, se luxe davantage, comme si la guérison s'effectuait aux dépends de l'autre côté.

Ces remarques nous ont amené à nous demander ce que l'on observe dans une luxation bilatérale lorsque, d'un côté, les déplacements vont en s'accentuant plus rapidement que de l'autre. Pour répondre à cette question, nous nous placerons tout d'abord à un point de vue théorique, nous essaierons ensuite de vérifier nos conclusions par des faits, *supposons* donc qu'il nous soit possible de suivre régulièrement et simultanément l'évolution de chaque luxation chez un sujet atteint de luxation double, lorsque pour une raison quelconque, la luxation, d'un côté, évolue plus rapidement que de l'autre.

Quelle que soit la date d'apparition des luxations (nous entendons par là l'époque ou il nous est possible de les constater). Quel que soit aussi l'ordre de leur apparition, il arrivera un moment ou nous reconnaîtrons que nous sommes en présence d'une luxation double. Nous trouverons alors les deux membres en adduction légère avec ascension minimes des têtes fémorales.

On sait que dans une luxation congénitale, plus les déplacements sont considérables, plus le degré d'adduction du membre luxé est important.

Nous trouverons donc vraisemblablement, un peu plus tard, les deux membres encore en adduction mais avec prédominance de l'adduction du côté le plus luxé, ce qui se traduira cliniquement par une tendance des genoux à s'entre-choquer pendant la marche.

Mais le plus luxé des deux membres sera naturellement le moins facile à déplacer. En effet, dans une luxation unilatérale, c'est le membre sain qui se plie à toutes les exigences du membre atteint. Non seulement dans le décubitus dorsal, mais surtout pendant la marche, qui nécessite le parallélisme des membres inférieurs, c'est le côté sain qui effectue tous les mouvements de compensation nécessaires à l'équilibre. En particulier le membre sain exécute des mouvements d'abduction pour se placer dans une direction sensiblement parallèle au membre luxé.

Puisque c'est le membre sain qui se plie aux exigences du membre luxé dans une luxation unilatérale il est naturel de penser que le membre le moins luxé jouera le même rôle dans l'exemple que nous avons choisi.

En résumé la marche étant possible dans les cas observés, la marche nécessitant le parallélisme des membres inférieurs, c'est le membre le moins luxé qui prend la direction de l'autre. Ce dernier étant en hyper-adduction, le moins luxé devra se metttre abduction.

On conçoit qu'à cette période du début, la contracture des adducteurs (qui s'oppose avec tant de force aux réductions thérapeutiques) n'aura pas encore eu le temps de se produire ou bien aura été vaincue par les mouvements des muscles antagonistes, au cours de la marche, si elle n'était encore qu'à peine ébauchée.

Dès lors on se rend compte que les mouvements favorables à la luxation sont interdits au membre le moins luxé, bien mieux les seuls mouvements qui lui restent possibles (abduction) sont favorables à la réduction. L'abduction est en effet l'attitude que nous donnons à un membre pour effectuer la réduction thérapeutique.

Mais pratiquons ultérieurement un nouvel examen du sujet chez qui nous avons supposé une luxation bilatérale dont un côté évolue plus rapidement que l'autre.

Nous trouverons du côté le plus luxé une nouvelle ascension de la tête fémorale car, en ce qui concerne ce côté, la luxation détermine l'adduction et l'adduction non combattue favorise la luxation, favorise le passage de la tête fémorale par dessus le rebord cotyloïdien postérieur.

Or, à un certain degré d'adduction forcée du côté le plus luxé, correspond un degré d'abduction pour le côté opposé qui s'exagère encore pendant la marche.

L'abduction produit l'effet inverse de l'adduction elle favorise le glissement de la tête vers en bas et en dedans. L'adduction du côté le plus luxé allant sans cesse en augmentant, il arrivera un moment ou le membre le moins luxé prendra spontanément, au cours de la marche en particulier, des attitudes voisines de celle que nous lui aurions imposé si nous avions voulu traîter l'affection. Comme l'évolution que nous venons d'étudier rapidement, met des mois à s'accomplir, on conçoit que la marche et les contractions musculaires aient pour effet de faire rentrer progressivement, lentement, la tête dans le cotyle au moment où le membre aura atteint spontanément l'attitude favorable.

Nous constatons avec Monsieur Frœlich que " la nature a fait spontanément ce que fait le chirurgien pour guérir la luxation congénitale de la hanche, lorsqu'il met la jambe luxée en abduction forcée ". Nous avons tout lieu de supposer que les modifications anatomiques qui permettent cette guérison sont identiques à celles de la guérison thérapeutique.

Pour expliquer ce mécanisme de guérison spontanée nous avons, en quelque sorte, supposé le problème résolu et nous en avons examiné les conséquences. Nous ne nous sommes a aucun instant appuyé sur des faits précis. Il nous reste maintenant à rechercher dans le domaine des faits la confirmation des résultats auxquels nous sommes parvenus par le raisonnement.

1° Dans les deux premières observations de M. Frœlich on nous signale que la jambe la plus luxée

se trouvait en adduction, dans la troisième, l'enfant " semblait fléchir plus du côté gauche que du côté droit " ce qui s'explique si le côté gauche est, ici encore, en adduction. Ces faits confirment notre théorie.

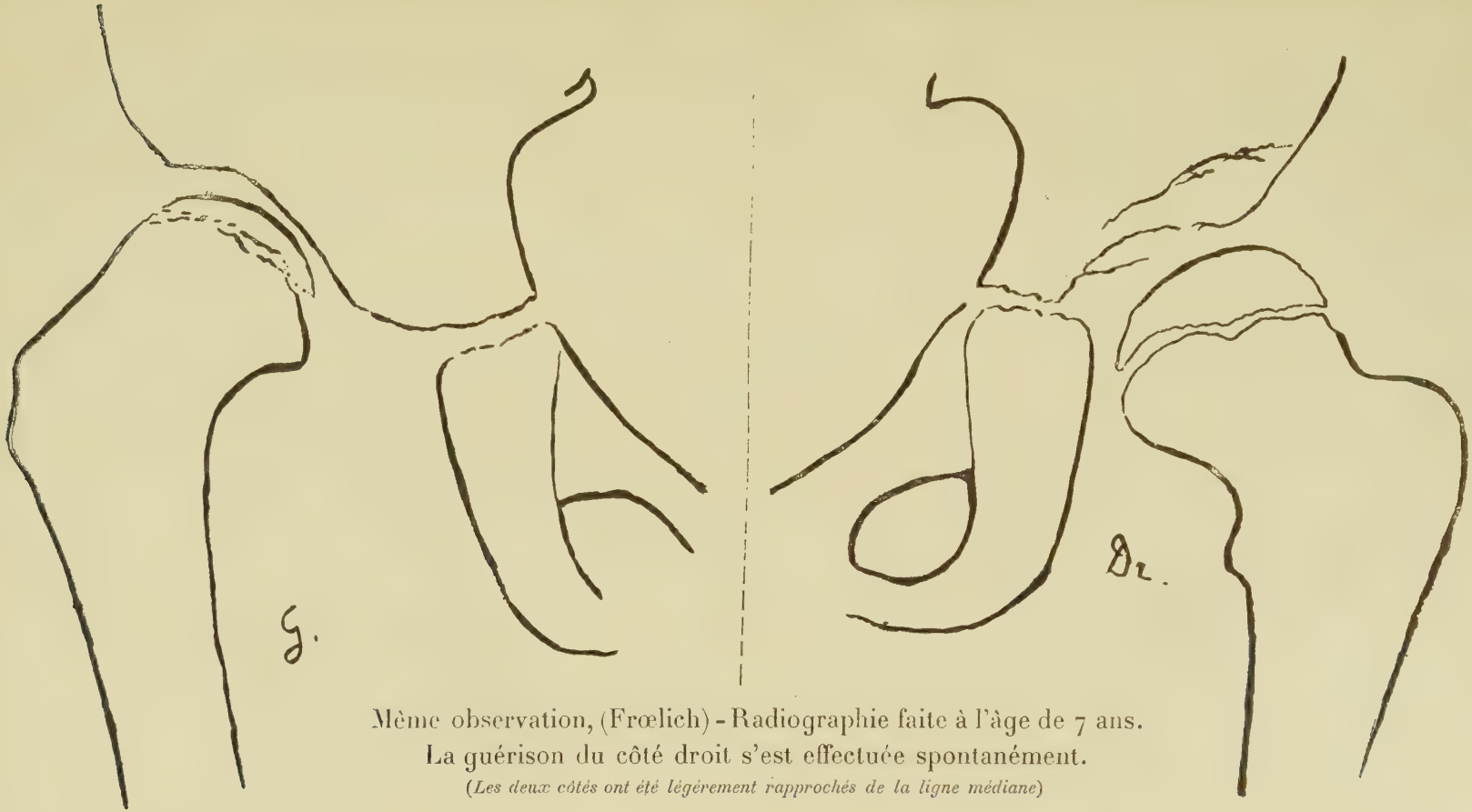
2° « Il est remarquable de voir que chez des sujets âgés la réduction (thérapeutique) est proportionnellement plus fréquente dans les luxations bilatérales que dans les luxations unilatérales. Cette anomalie a peut-être son explication en ce fait que, dans les luxations doubles, souvent, *les lésions sont relativement minimes d'un côté*. Celui-ci présente alors des *conditions très favorables au maintien ultérieur de la tête en place*, d'où la fréquence des réduction unilatérales » (Kirmisson). Ces faits sont aussi constatés par d'autres auteurs. Ils sont en accord parfait avec notre théorie. Nous estimons en effet que dans les cas ou le côté le plus luxé ne provoque pas à ses dépens la guérison complète du côté opposé, il en résulte néanmoins un arrêt dans l'évolution de cette autre luxation et même une ébauche de guérison spontanée que le traitement est venu interrompre (car les chirurgiens traitent vraisemblablement des cas qui évolueraient spontanément vers la guérison). Il est bien rare en effet que dans les luxations unilatérales, surtout chez des *sujets âgés* on trouve ainsi des conditions favorables au maintien ultérieur de la tête.

3° Dans un précédent chapitre nous avons fait remarquer que la luxation dite congénitale n'existe pas, dans un grand nombre de cas, elle-même, à la naissance. Ce qui existe à ce moment c'est une simple prédisposition anatomique à la luxation qui prépare, en

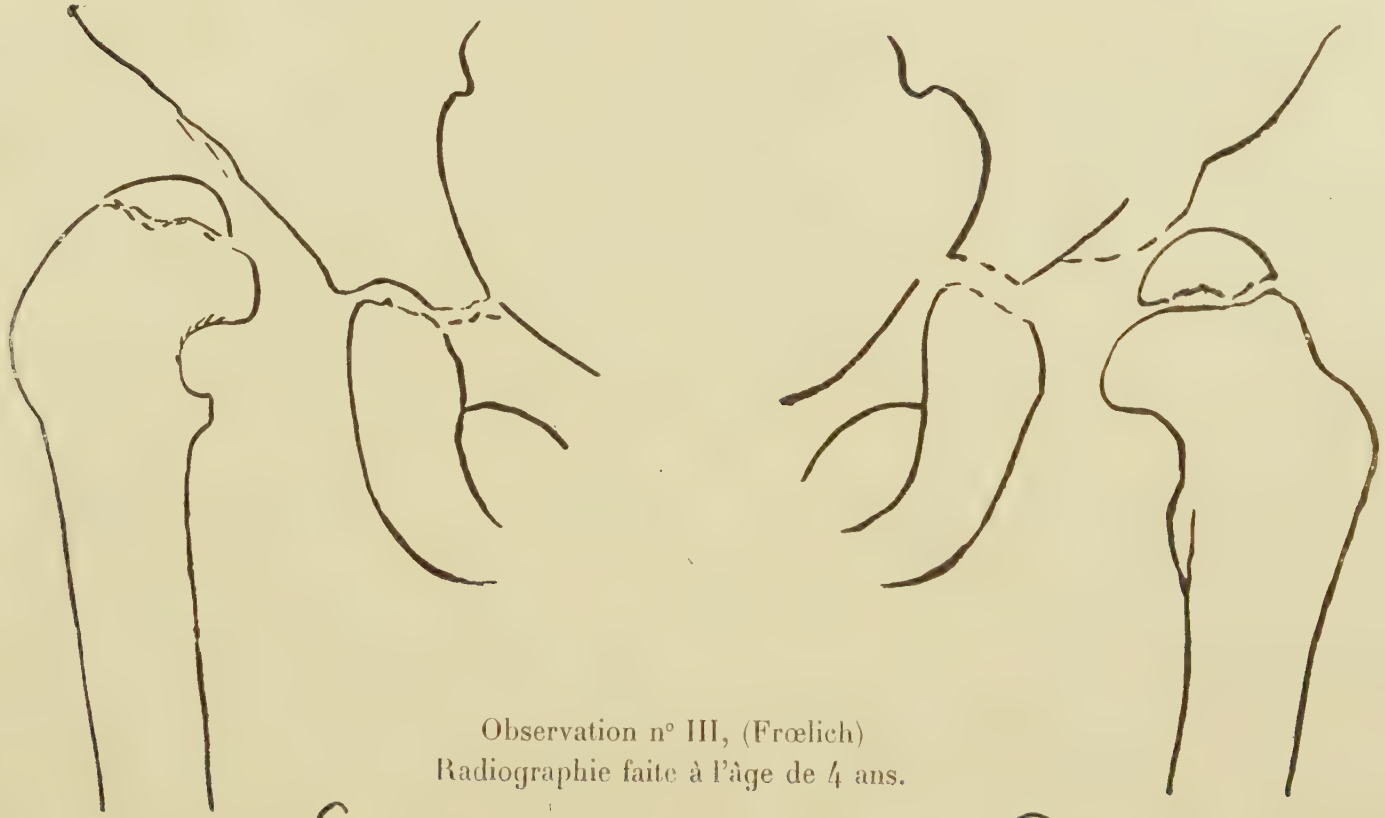
quelque sorte, le déboîtement ultérieur. Le plus souvent cette prédisposition consiste en des rapports défectueux entre la tête fémorale et la cavité. « Ces rapports peuvent être suffisamment bons pour permettre l'emboîtement tant qu'une position défectueuse n'est pas imprimée au membre menacé de luxation » (Frœlich). Le plus souvent la luxation ainsi préparée se produit au moment ou l'enfant commence à marcher. Mais il n'en est pas toujours ainsi :

Si, chez un enfant des prédispositions à la luxation existent d'un côté, et si, en même temps, l'enfant présente de l'autre côte une luxation confirmée, accomplie, le mécanisme par lequel nous avons expliqué la guérison spontanée nous amène à penser que le membre luxé se portant en adduction, va réaliser un véritable traitement préventif du côté simplement menacé de luxation, en l'obligeant à se porter en abduction. Ici la théorie est pleinement confirmée par les faits, car si les cas de guérison spontanée sont extrêmement rares, les cas de " traitement préventif spontanés " sont d'observation banale : le membre luxé, par son attitude d'adduction, empêche, de l'autre côté, la " position défectueuse " qui déclancherait la luxation du côté menacé.

Lorsqu'on imprime au membre luxé une attitude d'abduction au cours du traitement, on assiste, pour ainsi dire à la luxation du côté opposé et ces cas sont des plus fréquents : « Dans le cours du traitement de la luxation déjà produite d'un côté, le côté opposé peut se déboîter et amener cette luxation surajoutée que la plupart des chirurgiens d'enfants ont eu à constater». Frœlich.



Même observation, (Frœlich) - Radiographie faite à l'âge de 7 ans.
La guérison du côté droit s'est effectuée spontanément.
(*Les deux côtés ont été légèrement rapprochés de la ligne médiane*)



Observation n° III, (Frœlich)
Radiographie faite à l'âge de 4 ans.

En résumé la guérison spontanée des cas analogues à ceux de M. Frœlich nécessite les conditions suivantes quasi nécessaires, souvent insuffisantes, il faut le reconnaître :

1° Bilatéralité des malformations.

2° Evolution plus rapide d'une des luxations.

Toutes les conditions qui favorisent la réduction thérapeutique favorisent de même la guérison spontanée, les deux processus présentant entr'eux une grande analogie. En effet si nous portons notre attention sur les particularités que présentent les calques des radiographies reproduits page 37 et qui concernent l'observation n° III de M. Frœlich, nous constatons les altérations suivantes :

1° Sur la radiographie faite à l'âge de 4 ans. — A droite: un toit fuyant, insuffisant à maintenir la tête. Le fémur donne une ombre rectiligne moins coudée que celle d'un fémur normal de même âge. Nous estimons que cet aspect est dû beaucoup plus à une antéversion excessive de son col qu'à une coxa valga véritable. Ce coté n'avait vraisemblablement aucune chance d'évoluer vers la guérison.

Le coté gauche, au contraire, nous montre bien une ascension réelle de la tête fémorale, mais le toit de la cavité cotyloïde est beaucoup mieux formé, le rebord supérieur apparaît sous forme d'une saillie très prononcée. De plus l'antétorsion du fémur est beaucoup moins accentuée, la tête fémorale n'a pas quitté de beaucoup le cotyle et s'appuie encore légèrement sur son rebord supérieur. Les altérations sont donc minimes de ce coté, mais l'image démontre que

nous sommes bien cependant en présence d'une luxation véritable, les malformations du coté gauche présentent des conditions tout à fait favorables à l'évolution vers la guérison.

2° Sur la radiographie faite à l'âge de sept ans nous remarquons que les malformations se sont accentuées du coté gauche. L'antétorsion fémorale est encore plus prononcée, le toit de la cavité est plus incliné que dans la radiographie précédente.

Au contraire du coté droit la détorsion fémorale s'est complétée, la cavité cotyloïde présente un toit saillant, favorable au maintien de la tête, la guérison s'est effectuée spontanément.

Il nous suffira de faire remarquer, pour terminer, que nous ne possédons aucun exemple de guérison spontanée de luxations congénitales de la hanche ayant entraîné un déplacement supérieur à 2 centimètres.

L'observation de Drehmann ne retiendra pas aussi longuement notre attention. Nous n'avons ici, en effet, aucune indication sur le degré des malformations. Tout porte à croire qu'elles étaient très peu accentuées puisque le diagnostic n'a pas été fait à l'examen clinique et que seule la radiographie a révélé l'existence de la luxation, du coté qui a évolué spontanément vers la guérison. Cette observation, comme nous l'avons fait remarquer précédemment est intéressante à un tout autre point de vue. C'est un exemple des plus typiques d'une luxation congénitale dont l'origine est fort obscure : traumatique ? tératologique ? pathologique ? nous ne saurions le dire.

Comment s'est effectuée la guérison ? Nous croyons pouvoir l'expliquer par le même mécanisme que les cas précédents. Nous avons fait remarquer dans ces cas, l'analogie entre la guérison spontanée et la guérison thérapeutique de la luxation. Or, dans la pratique, qu'une luxation congénitale soit traumatique, tératologique ou pathologique nous la traitons toujours de la même manière : en portant le membre en abduction. La guérison du cas de Drehmann peut donc s'expliqner de la même manière que les cas précédents.

CHAPITRE IV

Guérison spontanée dans les luxations congénitales unilatérales de la hanche.

Sommaire : Observations. — Mécanisme de la guérison spontanée dans la luxation unilatérale. — Hanche fœtale. — Rôle de l'abduction. — Détorsion du fémur. — Rôle de la contraction musculaire.

OBSERVATION I

Un cas de guérison de luxation congénitale unilatérale de la hanche par un traitement orthopédique simple.

(M. Piollet. Rapporté par Nové Josserand. Rev. orth. 1907)

Fille. Née le 29 Janvier 1901. (Accouchement en siège décompleté mode des fesses) marche à 14 mois, mais dès le début la mère remarqua que la jambe gauche était plus " faible " que l'autre. Un médecin conseilla des frictions mais la claudication s'accentuait.

A deux ans le professeur Bousquet vit la malade, diagnostiqua une luxation congénitale de la hanche gauche et après avoir fait faire une radiographie, conseilla la réduction de la luxation. Refus des parents qui consultent un autre médecin qui fit faire un appareil orthopédique de marche que l'enfant porta deux ans et demi. Durant ce laps de temps, deux fois par an on fit trois semaines de massage

Actuellement, 20 mars 1907, la marche est normale surtout quand l'enfant s'observe un peu. La radiographie permet de constater que les têtes fémorales sont en place

des deux côtés. Les mouvements sont normaux dans tous les sens, la musculature est bien développée pourtant le membre inférieur gauche paraît très légèrement atrophié, la cuisse a un centimètre et le mollet un demi centimètre de moins de circonférence qu'à droite. La mensuration pratiquée de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole montre que le membre inférieur gauche est plus court d'un demi centimètre que le membre droit.

OBSERVATION II (Abadie

« J'ai vu un cas, cliniquement identique à celui de M. Nové Josserand, il s'agissait d'une enfant venue en siège et qui, au début de la marche, a présenté une claudication donnant l'impression d'une luxation congénitale de la hanche, mais peu à peu la marche est devenue normale. »

OBSERVATION III

(Drehmann: Zeitschrift für Orthopädische Chirurgie, 1908)

« J'ai déjà publié précédemment un cas de subluxation spontanément guéri. Je reproduit ici, exactement, un schéma de l'image qu'avaient donnée les rayons X et que je regrette de n'avoir pas fait reproduire. Une petite fille âgée de deux ans présentait la démarche typique de la luxation avec, pourtant, un raccourcissement à peine appréciable. Le col du fémur paraissait plus court et plus oblique malgré une forte antéversion, la cavité cotyloïde était à peine développée. Après deux ans la démarche est devenue à peu près normale, sans aucune intervention. La radiographie montre une cavité bien développée, seul le col est très oblique. A la vérité cette position est bien spéciale. En ce qui en concerne l'interprétation, malgré l'antéversion, je ne crois pas cependant qu'on puisse conclure d'une façon absolue à l'existence d'une coxa valga ».

OBSERVATION IV (du même auteur)

K... Petite fille de neuf mois, avec luxation gauche évi-

dente. La radiographie montre manifestement la situation élevée et latérale de la tête. L'enfant marche à 16 mois mais sans aucune trace de claudication. Une radiographie à deux ans indique une situation déjà presque normale. A trois ans et demi on constate seulement une légère dentelure à la lisière supérieure du cotyle. Il persiste cependant une importante obliquité des cols des deux côtés. En outre l'enfant présente un relâchement de l'appareil fibreux dans son ensemble, une peau molasse et blanche qui indique un degré avancé de laxité cutanée. L'enfant tombe souvent, symptôme qui existe aussi, comme je l'ai décrit dans des cas de coxa-valga. Les plaies cutanées guérissent en donnant de grosses chéloïdes.

OBSERVATION V (même auteur)

N... Petite fille examinée au septième mois, luxation gauche manifeste. Raccourcissement de la jambe, tête parfaitement perceptible au dessus du cotyle, se laisse parfaitement amener au cotyle par la manœuvre de réduction, mais est immédiatement reluxée par la traction des muscles. La radiographie montre une luxation évidente, l'enfant marchait déjà à un an, mais d'abord d'une façon hésitante, puis bientôt sans boiter. Quatre ans plus tard une radiographie montre le mode de guérison spontanée. La tête primitivement très petite grossit peu à peu et se rapproche de la cavité.

Nous nous trouvons ici en présence de subluxations plutôt que de luxations véritables. A l'origine de ces luxations nous trouvons fréquemment le traumatisme obstétrical, mais un caractère particulièrement commun à toutes ces luxations nous paraît consister en des troubles de développement des divers éléments constitutifs de l'articulation coxofémorale. Ce caractère est-il une conséquence du traumatisme ou constitue-t-il le phénomène primitif ? Nous ne saurions le dire avec certitude.

Dans l'observation du Dr Piollet, le sujet était porteur d'un appareil de marche et des massages furent pratiqués. Nous ignorons dans quelle mesure ce traitement a contribué à la guérison. Aussi attachons-nous beaucoup plus d'importance aux observations de Drehmann car aucun traitement n'est intervenu. De plus, cet auteur a pu suivre ses sujets et les radiographies qu'il publie rendent possible l'étude des malformations articulaires. Nous aurons donc surtout en vue les observations de Drehmann.

Nous remarquons, avec cet auteur, les malformations suivantes de la jointure : Antéversion et obliquité du col entraînant une situation latérale et élevée de la tête fémorale, elle-même primitivement très petite, cotyle peu développé, laxité des ligaments. Ces caractères nous permettent de conclure que ces articulations coxofémorales présentent un développement retardé. Les radiographies et les dessins publiés par Drehmann confirment d'ailleurs cette opinion. Il s'agit de hanches ayant nettement conservé l'aspect fœtal. Un tel retard de développement peut relever de causes multiples. L'étude complète de ces causes nous conduirait hors du cadre de ce travail. La guérison de ces luxations s'étant produite spontanément nous supposons que les luxations considérées ont été produites par des causes passagères, transitoires car, s'il n'en était ainsi, les luxations auraient évolué, comme à l'ordinaire vers l'accentuation des malformations.

Parmi les causes transitoires susceptibles d'entraîner un retard du développement articulaire et, secondairement, la luxation, le traumatisme obstétrical

doit être mis en première ligne en raison de sa grande fréquence dans les cas signalés. (De même, dans les observations de Nové Josserand et d'Abadie le traumatisme est nettement en cause). Il ne nous paraît pas impossible toutefois, que certaines anomalies primitives, entraînant comme conséquence la luxation congénitale, exercent aussi, d'une façon transitoire, leur action néfaste sur l'articulation coxo-fémorale. (Voir luxation anthropologique de Le Damany).

Ces causes transitoires peuvent déterminer tous les degrés de luxations depuis la simple prédisposition jusqu'à la luxation accomplie. Lorsque les déformations sont minimes, elles sont susceptibles de s'atténuer progressivement quand la cause de la luxation traumatique a cessé d'agir, les sujets sont très jeunes et les réparations de cette nature s'effectuent facilement à cet âge. En somme ces hanches subluxées évoluent simplement plus lentement que les hanches normales de la forme fœtale vers la forme adulte.

Par quel mécanisme s'opère la guérison ? Nous n'en avons trouvé aucune explication dans la littérature.

Rôle de l'abduction. — Nous avons tout d'abord songé à attribuer la guérison spontanée dans les luxations unilatérales à l'abduction du membre comme dans la guérison spontanée des luxations doubles, comme dans la guérison thérapeutique. Mais comment se produirait l'abduction dans ces cas? Nous savons que l'abduction est une attitude des plus familières au tout jeune enfant. Il aime à se tenir " à cheval ". Dans la position assise, qu'il prend

volontiers pour jouer, les membres inférieurs prennent fréquemment une position favorable à la réduction et même dans le décubitus dorsal, l'enfant abandonné à ses propres mouvements, met naturellement ses membres inférieurs en abduction. Cette abduction naturelle est une cause de guérison spontanée (1). Elle favorise, en effet, le processus de rétraction de la capsule, condition de la guérison (spontanée ou thérapeutique) (2).

La détorsion du fémur. — La guérison spontanée ne peut se produire qu'avec une torsion fémorale minime (inférieure à 60°), Drehmann a pu suivre par la radiographie la diminution progressive de l'antéversion du col fémoral et l'atténuation de l'obliquité. Mais Le Damany a étudié expérimentalement la détorsion fémorale. Nous analyserons ce phénomène au chapitre suivant.

Rôle de la contraction musculaire. — Dans la luxation congénitale les muscles ne présentent aucune altération pathologique portant sur la fibre elle-même Secondairement, par défaut de fonctionnement, on peut observer l'atrophie musculaire mais, pendant fort longtemps, ils conservent la faculté de récupérer leur retard de développement. C'est ce que l'on constate fréquemment dans la guérison thérapeutique.

Par suite une d'immobilisation prolongée dans des attitudes plus ou moins défectueuses pendant les der-

(1) Voir traitement préventif de la luxation congénitale : Hoffmann.
(2) Théorie de Drehmann.

niers mois de la grossesse, par suite du rapprochement ou de l'écartement des insertions musculaires l'équilibre normal des forces antagonistes se trouve rompu momentanément. La subluxation est réalisée. Mais chez le nouveau-né, la contraction des groupes musculaires au cours des mouvements les plus fréquents, c'est-à-dire les plus naturels, sera susceptible d'amener progressivement la tête fémorale dans la situation la plus favorable à leur exécution : c'est la position qu'elle occupe normalement.

En résumé la guérison spontanée dans les luxations unilatérales est très rare. Dans les cas ou elle a été constatée la hanche présentait l'aspect fœtal Les déplacements étaient minimes. L'abduction, la détorsion fémorale, les contractions musculaires nous paraissent être les facteurs les plus importants de cette guérison.

CHAPITRE V

Guérison spontanée dans les " hanches instables " de Le Damany.

Sommaire : Définition de la " hanche instable ". — Guérisons spontanées. — Mécanisme de la guérison : rôle des contractions musculaires, de la détorsion fémorale, du cotyle, de la capsule. — Facteur individuel

Le Damany décrit un " état " tout à fait spécial, " quasi pathologique " de la hanche humaine s'observant fréquemment dans les premiers jours de la vie.

Cet état est assez fréquent puisqu'il l'a découvert avec J. Saignet 12 fois sur 1502 sujets examinés. Le Damany appelle ces malformations, hanches instables ou hanches subluxables. Elles nous intéressent en ce qu'elles sont souvent curables spontanément.

La hanche instable de Le Damany se caractérise par du raccourcissement du membre, de la diminution de l'abduction, de l'élévation du grand trochanter au dessus de la ligne de Nélaton, de la déformation de la région, enfin, par des signes radiographiques. Cet auteur décrit la technique à employer pour arriver au diagnostic de ces hanches instables, en particulier pour parvenir à faire rentrer la tête fémorale par des-

sus le bord postérieur de la cavité cotyloïde. Au cours de cette manœuvre, l'opérateur perçoit le petit ressaut caractéristique qui accompagne la rentrée de la tête.

Le Damany considère ces hanches instables comme le résultat de l'exagération d'un défaut constant spécial à l'espèce humaine : Ce sont des luxations *anthropologiques* dont nous avons indiqué la pathogénie dans un précédent chapitre. La cause directe de ces luxations est le traumatisme : La " subluxabilité " résulte de la difficulté qu'éprouve le fœtus à s'adapter à la forme ovoïde de la cavité utérine, principalement pendant les derniers mois de la grossesse (volume plus considérable de l'enfant par rapport à la cavité utérine, membres plus longs, contractions utérines, diminution relative du liquide amniotique). Le déplacement des surfaces articulaires est favorisé par un mécanisme de levier constitué par le fémur, en hyperflexion, prenant son point d'appui sur l'épine iliaque A. S. Ce premier degré de luxation, constituant la hanche instable, n'est pas produit par l'éloignement du fémur en entier, l'épiphyse supérieure seule, se déplace par torsion du fémur. Cette torsion fémorale sera tellement accentuée dans certains cas, qu'elle constituera un obstacle à la consolidation des hanches subluxables, la luxation véritable sera réalisée. Quant à la cavité cotyloïde elle subit fréquemment, (une fois sur 26) pendant les derniers mois de la vie intra utérine une diminution de profondeur contribuant aussi à réaliser l'anomalie de l'articulation répondant à l'appellation de hanche instable.

CAS DE GUÉRISONS SPONTANÉES OBSERVÉS PAR LE DAMANY

« La guérison spontanée de ces hanches subluxables est démontrée par la constatation directe : Nous avons suivi huit enfants pendant un temps suffisamment long pour être parfaitement édifiés sur leur avenir. Chez sept, les signes de subluxabilité ont disparu complétement. Dans le cas le plus bénin il n'en restait plus aucunetrace dès le deuxième jour. En général ils ont persisté en s'atténuant pendant quelques semaines. Une fois nous les avons vus durer plus de trois mois.

« Chez quelques enfants nous avons pu contrôler la perfection de la guérison par un examen radiographique. Une seule de ces hanches subluxables est devenue une luxation réelle. »

OBSERVATION (Le Damany)

Mad. Cl... A 22 mois, la tête fémorale était un peu haute, légèrement écartée du fond de la cavité cotyloïde et mal soutenue par un toit trop peu saillant, la hanche est instable. Dix mois plus tard la correction s'est faite spontanément et très complétement sans aucun soin médical.

AUTOPSIE (Le Damany)

Du côté gauche ou la torsion du fémur n'était que de 48° (la normale étant de 35°) la guérison s'était faite spontanément. Du côté droit, ou la torsion était de 60°, la hanche était restée subluxable jusqu'à la mort survenue à six semaines. L'examen de ce cotyle droit montrait une tendance à l'évacuation de la région inférieure et à l'ascension de la tête. Cette luxation devait se compléter forcément à cause de l'impossibilité où les surfaces articulaires se trouvaient, de rester coaptées quand les cuisses étaient étendues sur le bassin.

Ces faits nous montrent que l'état subluxable guérit le plus souvent en un temps qui varie de quelques jours à quelques semaines. Parfois il aboutit à la luxation congénitale de la hanche.

Dans les hanches instables, qui relèvent pour une grande part d'une origine traumatique, les déplacements sont d'un degré minime, la réduction est des plus facile d'après la technique employée par Le Damany pour confirmer le diagnostic. On pourrait penser que la guérison spontanée résulte d'une réduction provoquée par les contractions musculaires au cours des mouvements de l'enfant, cependant nous avons tout lieu de croire que les choses ne se passent pas aussi simplement dans la majorité des cas. En effet la traction des muscles reproduit immédiatement la luxation chaque fois qu'on effectue la réduction. Et puis dans les guérisons constatées il ne s'agit pas d'une rentrée brusque et définitive de la tête dans son cotyle mais, au contraire, la réduction résulte d'un travail lent, la tête fémorale rentre insensiblement, progressivement dans le cotyle en partie déshabité.

Comment s'opère cette lente réduction ? — Les pressions lentes de l'utérus en exagérant la flexion ou l'adduction des membres inférieurs et en réalisant une immobilisation prolongée dans une attitude défavorable ont réalisé la luxation traumatique à un faible degré. Il y a subluxation parce que l'utérus rend obligatoire la flexion et l'adduction forcée, mais, avant tout, parce

que l'utérus *maintient* l'attitude défectueuse. Or, à la naissance, la cause disparaît brusquement, plus rien ne maintient la position des membres qui entraînait les déplacements d'ailleurs minimes. Rien ne s'oppose plus à la rentrée de la tête dans le cotyle.

Contraction musculaire. — Nous estimons que la contraction musculaire joue un rôle des plus important dans la réduction. En effet, à la naissance, de *nouveaux* mouvements, utiles à la réduction (abduction) pourront être exécutés par l'enfant. Ce sont même les mouvements les plus familiers, les plus naturels à cet âge. L'enfant nouveau né se trouve dans une situation qui n'est pas sans analogie avec celle d'un malade longtemps immobilisé, auquel on retire un appareil plâtré. Certains muscles pourront *progressivement* récupérer le retard de développement provoqué par une immobilisation prolongée dans la même attitude. La contraction de certains d'entr'eux, jusqu'alors impossible, favorisera la réduction. Le jeu des forces antagonistes appliquées sur l'épiphyse fémorale supérieure aura pour résultat de ramener la tête dans la position qui permettra l'exécution des mouvements les plus fréquents et les plus variés. Où s'explique, dans ces conditions, que la réduction s'effectue par « une série de déplacements imperceptibles se succédant d'une façon plus ou moins progressive ».

Mais, nous objectera-t-on, le déplacement prolongé des surfaces articulaires aura entraîné des altérations anatomiques qui, au moment de la naissance, s'opposeront à la guérison spontanée. Nous estimons que

ces altérations sont minimes et susceptibles de se réparer sans qu'aucun traitement n'intervienne. Examinons successivement, en effet, les modifications des différents éléments articulaires au cours de la guérison.

1° *Détorsion fémorale.* — La torsion du fémur relève d'un cause maternelle qui disparaît brusquement à la naissance.

Dans certains cas, les constatations faites à l'autopsie par Le Damany, montrent que la guérison peut survenir malgré une certaine exagération de la torsion fémorale (48° au lieu de 35 dans un de ces cas). Mais nous prétendons, d'autre part, qu'un fémur est susceptible, dans de certaines limites, de se détordre spontanément. Cette détorsion permettra la guérison de la hanche instable.

Les patientes recherches expérimentales faites sur de jeunes lapins par Le Damany ont amené cet auteur aux conclusions suivantes :

Les torsions des os se font par des mécanismes accessibles à notre compréhension. Elles ont lieu pendant la période de développement. La ligne d'ossification est l'endroit où elles s'éxécutent. Toute force bien appliquée sur un os jeune peut les produire. En ce qui concerne le fémur humain, c'est entre la diaphyse et le cartilage épiphysaire supérieur qu'elles se produisent.

La détorsion qui se produit à un certain degré chez presque tous les sujets normaux se fait au même niveau que la torsion, par rotation du bloc épiphysaire sur la diaphyse fémorale.

D'autre part, si, sur une hanche disséquée de très jeune enfant, on provoque des poussées sur le genou alors que le fémur est en extension maxima, on voit grâce à l'élasticité du cartilage épiphysaire, des petits mouvements de détorsion se produire sous l'influence et pendant la seule durée de la pesée. Le même phénomène mais lent, progressif et définitif se produit chez l'enfant après sa naissance.

La défectuosité de la hanche humaine du moins pour la part attribuable à la torsion fémorale subira une correction d'autant plus facile qu'elle est moins accentuée.

La résistance du fémur à la torsion ou à la détorsion varie avec chaque sujet : si la résistance est exagérée, ce que l'on observe dans l'achondroplasie, la détorsion reste moindre qu'à l'état normal, si au contraire la résistance est diminuée, comme dans le rachitisme, la détorsion est exagérée.

2° *Cotyle.* — Le cotyle ne présente aucune altération primitive, il ne lui manque que l'excitant naturel nécessaire à son développement normal, le contact de la tête fémorale, il évoluera donc vers sa forme adulte typique dès que la réduction sera plus ou moins effectuée par les contractions musculaires.

3° *Capsule.* — La résistance de la capsule empêche la hanche instable d'évoluer vers la luxation vraie. Sa rétraction (comme dans la guérison thérapeutique) favorise la guérison spontanée.

4° *Muscles* — Leurs altérations ont été étudiées au chapitre précédent. Nous avons montré la possibilité d'un retour à l'état normal.

Facteur individuel. — Les hanches instables sont pour Le Damany des luxations anthropologiques. Nous avons fait remarquer que les luxations anthropologiques pouvaient être considérées comme des luxations mixtes, à la fois traumatiques et par anomalie du germe. Or, jusqu'ici, le traumatisme seul, nous rend compte de tous les phénomènes observés dans les hanches instables. En quoi intervient donc le facteur tératologique que nous avons placé aussi à l'origine des hanches instables? Quelle est son rôle dans la guérison spontanée?

Son influence nous est mise en lumière par l'hérédité de l'affection et par sa plus grande fréquence chez les filles que chez les garçons. Toutes les causes de luxations d'ordre maternel sont la part du traumatisme, toutes les causes d'ordre fœtal rélèvent du facteur tératologique.

Si un " vice du germe " peut entraîner comme conséquence la luxation congénitale, il est hors de doute que la " qualité du germe " est en cause dans le processus de guérison spontanée. C'est le "germe" qui est en cause lorsque nous observons tantôt la guérison, tantôt l'évolution vers la luxation vraie, dans des cas cliniquement identiques.

Deux hanches humaines sont soumises à un traumatisme de même nature, de même intensité, de même durée et cependant elles ne présenteront pas ultérieurement le même degré de "subluxabilité".

Nous avons montré que les déformations du fémur par exemple pouvaient s'atténuer progressivement, qu'une cavité cotyloïde pouvait encore évoluer vers la forme normale quand la cause qui retardait son développement était supprimée. Mais tous les fémurs et tous les cotyles ne possèdent pas ces aptitudes au même degré. Ils peuvent même ne pas les posséder du tout, la luxation étant alors la conséquence d'un trouble primitif de développement, et se produisant sous l'action d'un traumatisme insignifiant (luxation tératologique).

La résistance d'un fémur à la détorsion varie avec chaque sujet, elle est exagérée dans l'achondroplasie, diminuée dans le rachitisme.

La laxité de la capsule articulaire peut être primitive et constitue la cause essentielle de la luxation mais au contraire, dans certains cas, lorsque la luxation pourrait se produire sous l'influence des autres habituelles, la résistance de la capsule fait obstacle à cette évolution. Le facteur individuel joue un rôle important dans la guérison spontanée des hanches instables.

Or chez le nouveau né atteint de " hanche subluxable " les aptitudes à la guérison n'ont certes pas été acquises, elles sont héréditaires. Si nous avons donc très souvent à déplorer des " vices du germe " il faut reconnaître que, dans certains cas, les dispositions et parfois même les anomalies que peut transmettre la cellule originelle sont, au contraire, fort utiles.

CONCLUSIONS

Conclusion théorique :

I. — La guérison spontanée des luxations congénitales de la hanche est possible.

II. — Ces guérisons sont rares.

III. — Dans les luxations *bilatérales* c'est l'abduction progressive d'un côté, dûe à l'adduction plus grande du côté opposé qui constitue le facteur le plus important de cette guérison spontanée. Des guérisons ont été observées dans ces cas malgré des déplacements de 2 cm.

IV. — Dans les luxations *unilatérales*, l'abduction, la détorsion du fémur, les contractions synergiques des muscles et la rétraction capsulaire doivent entrer en ligne de compte.

V. — Dans les cas de hanches instables, la position écartée des membres, la détorsion fémorale, les contractions musculaires sont les principaux facteurs de guérison.

Conclusion pratique :

En raison de la possibilité des guérisons spontanées, certains auteurs se sont demandé si l'on devait systématiquement soumettre au traitement tous les

enfants atteints de luxations congénitales de la hanche. A ce point de vue nos conclusions sont les suivantes :

En ce qui concerne les hanches instables, il faut faciliter le processus de guérison spontanée en appliquant le traitement préventif (préconisé dans la thèse d'Hoffmann) : maintenir les membres inférieurs en position écartée et empêcher l'hyperextension.

D'ailleurs dans ces cas il y a avantage pour d'autres raisons à attendre que l'enfant soit un peu plus âgé pour pratiquer la réduction par la méthode non sanglante.

Pour toutes les autres luxations, la constatation de guérisons spontanées ne doit en rien modifier les indications thérapeutiques car :

1° Les guérisons spontanées sont extrêmement rares, au contraire l'évolution vers l'accentuation des difformités est fréquente.

2° Aucun caractère ne nous permet, lors des premiers examens, de reconnaître les hanches susceptibles de guérir spontanément.

3° Dans les cas de guérison spontanée l'affection fut plus longue que chez des enfants du même âge soumis au traitement.

Vu :
Nancy, le 4 décembre 1920.
Le Président de la Thèse,
FRŒLICH

Vu :
Nancy, le 5 décembre 1920
P. Le Doyen,
WEISS

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 7 décembre 1920
Le Recteur de l'Académie,
CH. ADAM
Membre de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. — Revue d'orthopédie 1907.

Broca. — Chirurgie infantile.

Drehmann. — Zeitschrift orthopädische chirurgie 1908.

Frœlich. — Congrés français de chirurgie. Paris 1905.

Frœlich. — Guérison spontanée de la luxation congénitale de la hanche dans certains cas de luxations congénitales doubles. - Revue d'orthopédie. Paris 1906.

Frœlich. — Différenter vatiétés de luxations congénitales de la hanche. Revue d'orthopédie. Paris 1908.

Hoffmann. — Traitement préventif de la luxation congénitale de la hanche chez le tout jeune enfant. Thèse. Nancy 1911.

Houchard. — De l'hérédité dans la luxation congénitale de la hanche. Thèse. Nancy 1910.

Kirmisson. — Revue d'orthopédie 1906. (p. 376).

Kirmisson. — Revue d'orthopédie 1907.

Le Damany. — Les luxations congénitales de la hanche. A quelle époque de la vie se font-elles ? Revue de chirurgie. Paris 1909.

Le Damany. — Hanches subluxables et hanches luxées. Revue de chirurgie 1910.

Le Damany. — La luxation congénitale de la hanche.

Nové Josserand. — Revue d'orthopédie. Paris 1907.

Piollet. — Un cas de guérison de luxation congénitale de la hanche par un traitement orthopédique simple. Revue d'othopédie. Paris 1907.

Saignet. — Hanches subluxables et hanches luxées chez le nouveau né. Revue de chirurgie 1910.

Vuillaume. — La luxation congénitale de la hanche chez l'enfant qui n'a pas encore marché. Thèse. Nancy 1911.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos . . . . . p. 5

Introduction . . . . . p. 7

CHAPITRE I. — Fréquence des guérisons spontanées des luxations congénitales de la hanche . . . . . p. 9

CHAPITRE II. — Considérations générales sur la pathogénie des luxations congénitales de la hanche . . . . . p. 11

CHAPITRE III. — Guérison spontanée dans les luxations congénitales bilatérales . p. 25

CHAPITRE IV. — Guérison spontanée dans les luxations congénitales unilatérales . p. 41

CHAPITRE V. — Guérison spontanée dans les " hanches instables " de Le Damany. p. 49

Conclusions . . . . . p. 59

Bibliographie . . . . . p. 61